

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

361

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre PONT

Né à Gandelu (Aisne), le 8 juillet 1881
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Lauréat de l'Ecole de Médecine de Reims (Médaille d'Or)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Désarticulation temporaire de Lisfranc

DANS LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Président : M. POZZI, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

100

361

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre PONT

Né à Gandelu (Aisne), le 8 juillet 1881

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Reims (Médaille d'Or)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Désarticulation temporaire de Lisfranc

DANS LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Président : M. POZZI, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

THE LATTER PART OF THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

THE LATTER PART

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

M. LE DOCTEUR ROUTIER (1906-1907)

M. LE DOCTEUR RICHARDIÈRE (1907-1908)

Internat provisoire

M. LE PROFESSEUR WURTZ (1908-1909)

Internat

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REYNIER (1909-1910)

M. LE DOCTEUR ROUTIER (1910-1911)

M. LE DOCTEUR SAVARIAUD (1911-1912)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL (1912-1913)

A MES AUTRES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR MUSELIER

M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMAND

M. LE DOCTEUR LEREBoullet

M. LE DOCTEUR CH'FOLIAU

M. LE DOCTEUR LAPOINTE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESCOMPS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DÉMELIN

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE REIMS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*Tous mes remerciements,
mon cher maître, pour avoir
accepté la présidence de cette
thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Désarticulation temporaire de Lisfranc

DANS LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

INTRODUCTION

Au moment de terminer nos études médicales, il nous faut remonter de quelques années en arrière. Nous nous retrouvons à l'École de Médecine de Reims, jeune étudiant, apprenant l'anatomie et commençant à nous initier à la médecine avec des maîtres qui tous nous ont laissé un souvenir inoubliable. C'est à eux que nous devons nos premières notions de médecine, et c'est dans le vieil hôpital rémois que nous avons pris premier contact avec la douleur humaine.

Si nous conservons un bon souvenir de ces premières années d'études, nos regrets ne sont pas moindres de quitter les hôpitaux de Paris.

Nous y avons toujours rencontré de bons maîtres qui nous ont enseigné non seulement l'art de guérir les malades, mais encore l'art plus difficile de les

soulager et de les consoler lorsqu'ils étaient impuissants à leur donner la guérison.

Il ne nous reste donc qu'une chose à faire maintenant, c'est de les remercier tous, et de tâcher de les imiter.

Quelques jours après notre entrée dans le service du professeur agrégé Rieffel, nous avons eu la chance de rencontrer un malade atteint d'une ostéite tuberculeuse du tarse antérieur.

Nous avons assisté et aidé à l'opération pratiquée par notre maître, et nous avons pu suivre le malade jusqu'à sa guérison complète.

A l'instigation du D^r Rieffel, nous avons trouvé là le sujet de notre thèse et nous avons cherché dans les anciennes observations du service.

Il nous a été possible de retrouver un autre malade qui lui aussi avait bénéficié du même traitement, c'est-à-dire d'une désarticulation temporaire de Lisfranc.

Dans le courant de la même année 1912, nous avons pu suivre un autre malade qui a été traité selon la même méthode. Dans ce cas encore le résultat a été favorable.

En possession de ces trois observations qui, toutes les trois se sont terminées par la guérison du malade et de la maladie, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier cette méthode de traitement de la tuberculose tarsienne.

Au cours de nos recherches, nous avons trouvé que ce traitement avait déjà été employé à l'étran-

ger et en France, en particulier par l'École lyonnaise et par le professeur Delbet. Mais la technique un peu spéciale du D^r Rieffel n'avait encore été décrite par personne.

C'est sur ces entrefaites, qu'au début de 1913, est paru le livre du D^r Hallopeau sur la désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied.

Après avoir lu ce livre avec soin, nous nous sommes aperçu que la technique du professeur Delbet et celle de notre maître différaient un peu.

C'est pourquoi nous avons conservé le sujet de notre thèse pour exposer le mode de traitement que nous avons vu employer et dont, en toute sincérité, nous avons constaté les heureux résultats.

C'est donc un devoir de gratitude, devoir bien doux pour nous que de remercier le professeur agrégé Rieffel avec qui nous avons travaillé une année. Ce court séjour passé à l'hôpital Saint-Louis restera pour nous une de nos meilleures années ; nous y avons trouvé un beau service où nous avons beaucoup travaillé et nous avons vécu près d'un maître charmant, ne ménageant pas sa peine et toujours prêt à nous faire profiter de son enseignement.

Nous commencerons par rappeler brièvement les symptômes, l'évolution et l'anatomie pathologique des lésions tuberculeuses du tarse antérieur.

Ces quelques connaissances nous permettront de conclure qu'il est utile et même nécessaire d'intervenir rapidement dans ces affections. Nous verrons

qu'il existe des indications opératoires très nettes et qui nous paraissent indiscutables.

Dans un chapitre suivant, nous passerons en revue les diverses méthodes de traitement qui ont été successivement préconisées.

Ensuite, nous exposerons en détail la technique que nous avons vu employer dans le service du professeur agrégé Rieffel.

Enfin, nous discuterons les avantages de cette technique et nous exposerons les raisons pour lesquelles nous pensons devoir préconiser ce traitement.

Le chapitre des observations sera court. Nous avons trois observations personnelles recueillies dans le service de notre maître. Nous n'en avons trouvé dans la littérature médicale aucune où la technique de notre maître ait été rigoureusement suivie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE DU TARSE ANTÉRIEUR

Au point de vue tuberculose, toute la pathologie du tarse antérieur est sous la dépendance des connaissances anatomiques. Il faut tout d'abord se souvenir du grand nombre des os qui entrent dans la constitution de ce squelette. Il faut encore se rappeler la disposition des diverses articulations et l'existence d'un grand nombre de synoviales qui peuvent communiquer entre elles ou tout au moins être très rapprochées.

Toutes ces notions, qui sont traitées longuement dans les traités d'anatomie, sont indispensables pour comprendre la marche des lésions tuberculeuses du tarse antérieur.

Pouvant être localisée primitivement sur un seul os, la tuberculose ne tarde pas à envahir les articulations voisines. Il en résulte que, en dehors de tout traitement, on voit de proche en proche les lésions bacillaires progresser et intéresser tous les os du tarse antérieur.

Il est un point sur lequel le Dr Hallopeau insiste

tout particulièrement : c'est l'existence de foyers tuberculeux dépassant les ligaments de la plante du pied et fusant vers les muscles et les parties molles de la région plantaire.

Nous devons reconnaître que ces lésions n'ont point attiré notre attention et que chez les trois malades opérés par le professeur Rieffel, les ligaments inférieurs des articulations du tarse ont toujours constitué la limite extrême des lésions.

Quoiqu'il en soit, la technique de notre maître permettrait facilement de poursuivre les foyers tuberculeux que l'on pourrait trouver du côté de la plante du pied.

En outre, on sait que le début de cette affection est lent et insidieux; c'est tout d'abord une douleur vague, exaspérée par la marche et la fatigue.

Le plus souvent, on porte le diagnostic de douleurs rhumatismales et le traitement appliqué est commandé par ce diagnostic.

Il en résulte que le malade perd au début un temps précieux.

Ce n'est que plus tard que la nature exacte de l'affection est reconnue. Alors la douleur est beaucoup plus marquée, les points osseux douloureux sont très nets, et commence à apparaître une tuméfaction molle en forme de collier.

Déjà, à ce moment, l'étendue des lésions est beaucoup plus marquée que ne pourrait le faire soupçonner un examen un peu superficiel.

La tuberculose continuant son évolution, on voit

apparaître des abcès, des trajets fistuleux se forment, tandis que profondément les os voisins sont pris.

Dès lors, on assiste au tableau clinique si lamentable de toutes les tuberculoses osseuses fistulisées. C'est la suppuration interminable, et la mort au milieu de phénomènes hectiques, si un traitement convenable et radical n'est institué.

Il est bien entendu que tout ce que nous venons de dire s'applique à l'adulte, car l'évolution des mêmes lésions chez l'enfant présente un tout autre caractère et s'accommode d'un traitement beaucoup plus économique au point de vue opératoire.

Sans vouloir nous étendre plus longtemps sur toutes ces notions classiques, nous nous efforcerons de poser nettement les indications du traitement opératoire.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Il est bien évident que toute intervention, quelle qu'elle soit, doit être subordonnée à l'examen général du malade. Il faut que cet état général permette une opération qui, sans être d'une gravité extrême, demande néanmoins un certain temps pour être faite convenablement.

Une autre contre-indication doit être tirée de l'examen local. Lorsque les lésions ont envahi non seulement le tarse antérieur, mais encore une partie du tarse postérieur ainsi que de la peau, il est bien évident qu'il n'y a aucun intérêt à pratiquer une opération locale et limitée au tarse. C'est alors à l'amputation qu'il faut se résoudre si l'on veut conserver la vie au malade.

La période, où selon nous, il n'y a aucune hésitation possible, c'est celle où l'on voit apparaître un collier de fongosités sur le dos du pied. Dès ce moment à notre avis, il est inutile d'instituer un traitement purement palliatif tel que le repos au lit, les appareils plâtrés et la révulsion. Le plus souvent, cette thérapeutique n'arrête pas l'évolution de la tuberculose et tôt ou tard il faudra se résoudre à un traitement chirurgical.

Quant à la période initiale de l'affection, la question est plus difficile à trancher. Sans doute, on peut essayer d'instituer le traitement classique : révulsion, repos, appareil plâtré. Mais il ne faudra pas s'attarder et si l'on n'obtient pas une amélioration nette et rapide, il vaudra mieux se résoudre à intervenir. Les lésions seront moins étendues, l'opération en sera d'autant plus facile, la guérison plus sûre.

Le Dr Hallopeau tire une contre-indication de l'âge du malade. Selon lui, il ne faudrait pas dépasser la trentaine ; il cite néanmoins un cas de guérison obtenu à l'âge de quarante et un ans.

Il nous semble qu'il ne faut point être aussi rigoureux et que l'âge du malade a moins d'importance que l'état général. Nous avons, en effet, sur 3 cas, deux guérisons sur des malades âgés de plus de trente ans.

Quant à la nature même de l'intervention, l'anatomie vient encore nous guider. Pour bien voir et bien se rendre compte des lésions et de leur étendue, il faut une large voie d'abord. C'est seulement de cette façon que l'on pourra enlever tous les os malades, et rien que ceux qui sont malades. C'est encore avec cette seule technique qu'il sera possible de suivre toutes les fongosités et toutes les fusées purulentes.

En résumé donc, il faut de prime abord repousser toutes les interventions économiques qui, sans doute, font moins de délabrement mais qui, sûrement, aboutissent à la récurrence.

LES DIVERSES MÉTHODES

DE TRAITEMENT CHIRURGICAL

QUI ONT ÉTÉ PRÉCONISÉES DANS LA TUBERCULOSE DU TARSE ANTÉRIEUR

I. — *Curettage*

Cette méthode de traitement a été inspirée par la chirurgie infantile. On sait, en effet, que chez l'enfant le simple grattage, tous les procédés atypiques constituent la méthode de choix. Par ces divers procédés, on obtient toujours la guérison. C'est pourquoi jamais un chirurgien d'enfant ne consentirait à faire une résection d'autant plus que l'on connaît l'importance des cartilages de conjugaison.

On a donc essayé de faire la même chose chez l'adulte et bien souvent encore c'est le premier traitement chirurgical qui est institué. On a peur de faire une intervention trop large et, pour cette raison, on essaye de conserver au malade le plus que l'on peut de son squelette.

Mais, en vérité, on fait là une opération déplorable et la récurrence ne tarde pas à faire son appari-

tion. Et même le mot de récurrence n'est point exact, car le plus souvent ce simple curettage fait à l'aveugle n'a pas réussi à enlever toutes les lésions tuberculeuses. On assiste donc en réalité au simple développement de fongosités qui ont échappé à la curette.

Sur nos trois observations, le cas s'est produit deux fois, et deux de nos malades ont commencé par subir des curettages, toujours avec le même résultat. Les lésions ont continué leur évolution et en fin de compte, dans ces deux cas, on a terminé par où on aurait pu commencer, par la désarticulation temporaire.

II. — *Les diverses techniques de Résection.*

Les procédés classiques de résection du tarse antérieur ont été pendant longtemps inspirés des travaux d'Ollier.

Il ne rentre pas dans le cadre de notre thèse de décrire complètement cette opération. Donc nous n'en donnerons que les parties essentielles.

Ollier faisait sur le dos du pied et sur les côtés quatre incisions cutanées de quatre à six centimètres de longueur.

Ces incisions respectaient tous les organes, muscles, tendons, vaisseaux et nerfs.

Puis, par chacune de ces incisions, on allait ruginer les insertions tendineuses et ligamenteuses, dénuder et extirper chacun des petits os du tarse antérieur.

A la curette on terminait la toilette de la plaie et un drain transversal parcourait tout le trajet d'un côté à l'autre.

D'après les travaux d'Ollier et de ses élèves, les résultats orthopédiques et fonctionnels étaient aussi satisfaisants que possible et, bien que raccourci, le pied conservait sa direction normale.

Le gros reproche que l'on puisse faire à ce genre d'opération est la nécessité de plusieurs incisions longitudinales et parallèles. En effet, les interlignes articulaires que l'on doit aborder ont une direction transversale et sont de ce fait même difficilement accessibles.

De plus, malgré la multiplicité des incisions, des ponts cutanéotendineux gênent plus ou moins la vue et l'exploration de la profondeur. Dans le cas même où il y aurait des lésions de la plante du pied, il ne saurait être question de les traiter convenablement.

Le seul avantage de cette méthode était la conservation intégrale de tous les organes importants de la région, en particulier les tendons. Mais, en somme, on voit que les inconvénients de cette technique sont plus grands que ses avantages.

Tous les auteurs n'ont pas considéré la section des tendons comme une mutilation, et estimant que les mouvements peuvent se rétablir, ils ont de parti pris sectionné tous les tendons du pied.

Tel est le cas de la résection pratiquée suivant la méthode de Bardenheuer. Cet auteur cherchait à

enlever en bloc tous les tissus tuberculeux comme on le fait pour une tumeur.

On comprend facilement qu'une telle opération risque, comme le fait remarquer le Dr Hallopeau, ou bien d'être insuffisante ou bien d'être excessive :

Insuffisante, car il n'est pas rare de rencontrer des foyers tuberculeux éloignés et que l'on ne peut soupçonner.

Excessive, car on risque de porter la résection trop loin pour enlever un foyer très limité.

Kocher, dans son traité, repousse la section des tendons, mais il fit faire néanmoins un grand pas à la technique chirurgicale, en montrant qu'il était préférable d'inciser directement les articulations malades plutôt que d'enlever le foyer tuberculeux en bloc comme une tumeur.

De ces deux types de technique on en a retiré par la suite une méthode mixte pour ainsi dire. Le principe en est la section de tous les tendons d'une part, et l'ouverture des interlignes articulaires tuberculeux d'autre part.

Toutefois, cette méthode de traitement eut assez peu de succès et le nombre des observations publiées est assez peu nombreux.

Sans vouloir analyser tout ce qui a paru sur ce sujet, nous signalerons l'article de Kummer dans *la Revue de Chirurgie* de 1891, le travail d'Helferich en 1894. Plus près de nous, nous rappellerons l'article de Vuilliet dans *les Archives provinciales de Chirurgie* en 1897, et le travail de Fiori en 1900. Enfin les

Lyonnais se sont également occupés de la question, en particulier Leriche et Cotte dans le *Lyon chirurgical* du mois d'avril 1911.

Cette méthode a été reprise par le professeur Delbet qui lui a donné le nom de désarticulation temporaire. Le procédé consiste essentiellement à inciser la peau en regard des articulations malades, à sectionner tous les tissus jusqu'à l'os : muscles, tendons, vaisseaux et nerfs. Puis, une fois les foyers tuberculeux enlevés, on fait des sutures sur les tissus fibreux et sur la peau.

Cette méthode a été employée non seulement pour l'articulation de Lisfranc, mais encore pour les autres articulations du tarse.

Pour le sujet qui nous intéresse, nous relevons dans le travail du D^r Hallopeau trois malades traités par cette méthode avec de bons résultats.

Avec notre maître, le professeur Rieffel, nous reprochons à cette technique la section voulue et préméditée de tous les tendons et nous pensons qu'un aussi bon résultat peut être obtenu en conservant ces organes.

Plus récemment encore le D^r Chaput a fait une communication sur ce sujet à la Société de Chirurgie (25 fév. 1913). C'est en réalité une deuxième communication de cet auteur, puisque la première date du 29 janvier 1902.

Le D^r Chaput préconise une seule incision antéro-postérieure qui commence en avant au milieu du deuxième espace interosseux et qui se dirige en

arrière vers le milieu de l'espace inter-malléolaire jusqu'au col de l'astragale. On sectionne le pédieux et les ligaments, on rugine la face dorsale des os du tarse et avec une gouge courbe on enlève chacun des os malades. La plaie est drainée si nécessaire, dans le cas contraire on fait une suture complète.

D'après le Dr Chaput, le malade conserve des fonctions satisfaisantes et un pied d'une forme convenable.

Nous ne saurions de prime abord critiquer cette méthode qui a rallié les suffrages du Dr Lucas-Championnière et du professeur Quénu. Elle a sans doute l'avantage de respecter les tendons, mais donne-t-elle vraiment un jour suffisant. Il nous semble que cette méthode est passible des mêmes reproches que nous avons adressés à la résection suivant la technique d'Ollier.

RÉSECTION TEMPORAIRE DE LISFRANC

SUIVANT LA TECHNIQUE
DU PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

Certains auteurs ont l'habitude, lorsqu'ils pratiquent une intervention sur un membre, de placer toujours une bande d'Esmarch. Évidemment, cette pratique permet de travailler à l'abri de tout écoulement de sang, le champ opératoire est toujours sec et l'on n'a pas à s'occuper immédiatement des vaisseaux sectionnés. Mais tout le monde connaît en revanche ce suintement en nappe, cette véritable pluie de sang qui apparaît dès que la bande est enlevée.

Cette hémorragie n'est pas grave ni dangereuse, mais souvent elle est bien gênante au moment où l'on fait les points de suture et au moment où l'on termine le pansement.

C'est pourquoi, avec notre maître, nous pensons qu'il est préférable de ne pas employer la bande d'Esmarch, d'aller au contraire chercher les vaisseaux de la région et de les lier immédiatement. C'est la pratique que nous avons vu suivre au cours de nos observations et nous pouvons dire que jamais le sang n'a causé la moindre gêne.

Quant à la question de l'anesthésie, elle doit-être laissée à la volonté de l'opérateur, mais il nous semble cependant que l'anesthésie générale est presque nécessaire.

A quel niveau exact doit passer la ligne d'incision et quelle doit-être sa direction ? Du moment que l'on a l'intention de pratiquer une désarticulation de l'interligne de Lisfranc, le plus simple est de tracer une ligne d'incision qui réponde exactement à cet interligne.

Il n'est pas utile d'inciser la peau à un niveau inférieur, comme l'on fait certains auteurs, ce qui nécessite la dissection d'un véritable lambeau cutané. Nous pensons donc que l'incision classique de la désarticulation de Lisfranc est la plus commode et la meilleure.

Suivant les conseils de Farabeuf « il faut attaquer le bord gauche du métatarse en gardant en dedans et sur les deux premiers métatarsiens un centimètre environ de peau en avant de l'interligne. Puis on traverse la face dorsale du pied en décrivant une légère courbe à concavité postérieure et l'on termine juste sur la tubercule du cinquième métatarsien ».

Il faut remarquer toutefois que, limitée ainsi, cette incision ne donnerait pas un jour suffisant et ne permettrait que difficilement de luxer l'avant-pied en bas. Aussi est-il nécessaire de l'agrandir.

Pour ce faire, nous prolongeons l'incision cutanée aussi bien en dehors qu'en dedans et suivant une direction à peu près horizontale, de telle sorte qu'elle

se termine à environ deux à trois centimètres en arrière de la base des premier et cinquième métatarsiens.

Il faut remarquer d'ailleurs que cette ligne d'incision peut ne point être immuable et, dans les cas où il existe des fistules cutanées, comme dans l'une de nos observations, on peut être amené à la modifier légèrement. Dans ce cas chaque opérateur, et suivant les indications spéciales, devra combiner son tracé cutané.

Dans le même temps et suivant les mêmes limites, on sectionne tous les plans superficiels jusqu'aux tendons exclusivement. Cette incision intéresse forcément quelques veinules superficielles qu'il est préférable de lier immédiatement afin de ne pas encombrer le champ opératoire de pinces multiples.

On arrive ainsi sur le plan constitué par le tendon du jambier antérieur, le tendon du péronier antérieur, les tendons extenseurs des orteils accompagnés de leurs gaines.

Ces tendons sont maintenus en place par leurs gaines et par les connexions qu'ils ont entre eux.

Il faut, à ce moment et avec soin, dégager et libérer chacun de ces tendons. Cette libération doit se faire, non seulement au niveau de l'incision cutanée, mais encore au-dessus et au-dessous, sur une distance d'environ trois à quatre centimètres.

Ce temps opératoire, qui a une importance énorme pour faciliter le reste de l'intervention, nous a toujours paru facile à exécuter. Il demande simplement

un peu de patience et une main un peu habituée à disséquer.

Dès lors, il est facile de confier à deux écarteurs de Farabeuf ces tendons qui, maintenus par un aide, ne devront plus jamais masquer le champ opératoire.

L'extenseur propre du pouce et le jambier antérieur sont réclinés en dedans.

Les autres extenseurs et le péronier antérieur sont rejetés en dehors.

Il est facile à ce moment d'aller à la recherche des vaisseaux et nerfs pédieux qui sont plus ou moins cachés sous le bord interne du muscle du même nom. Ces organes sont sectionnés entre deux ligatures ; quant au muscle pédieux, on sectionne ses différents chefs transversalement et en totalité.

A ce moment, la face dorsale de l'interligne articulaire de Lisfranc apparaît nettement sous les yeux, et il ne reste plus qu'à pratiquer la désarticulation.

En réalité, il n'est pas nécessaire d'utiliser le couteau spécial de Lisfranc pour pénétrer dans l'articulation. Avec un bon bistouri manié d'une main prudente on arrive facilement à ce résultat. Il suffit de se rappeler le tracé exact de l'interligne et les divers ligaments que l'on doit sectionner.

En tout cas il faut de toute nécessité couper à fond les ligaments dorsaux et les ligaments latéraux.

D'ailleurs, nous ferons remarquer que l'on n'a point affaire à une articulation saine et résistante comme dans un exercice de médecine opératoire. Au contraire, les os sont toujours plus ou moins altérés par

la tuberculose, les ligaments sont souvent lâches et les articulations distendues par des fongosités. Enfin les curettages antérieurs ont toujours modifié l'anatomie de la région.

Quoi qu'il en soit, la désarticulation pratiquée, il ne reste plus qu'à luxer l'avant-pied en bas, ce qui parfois demande un peu de force.

A partir de ce moment, nous ne pouvons plus indiquer de technique vraiment bien réglée. C'est à l'opérateur à modifier sa conduite suivant les circonstances. La première chose à faire est de bien inspecter la plaie et de bien se rendre compte et de l'étendue et de la nature des lésions.

Ceci fait, le chirurgien a à sa disposition soit le ciseau et le maillet, soit la curette; mais de toute nécessité, ce qu'il faut, c'est enlever tous les os atteints d'ostéite tuberculeuse et toutes les fongosités.

S'il existait des fistules cutanées, la toilette de la peau doit être faite également et toutes les parties malades doivent être réséquées.

Dans nos observations, l'opération s'est bornée là, les lésions n'ayant jamais dépassé les ligaments inférieurs de l'articulation de Lisfranc.

Mais si, comme le fait est signalé par le Dr Hallopeau, il existe des nids de fongosités pénétrant plus profondément du côté de la plante du pied et suivant les gaines synoviales plantaires, il sera facile de faire la cure de ces lésions.

Avec le même auteur, nous pensons qu'il pourrait être utile de brancher une incision complémentaire

sur l'incision primitive dans les cas où il existerait une fusée dans la gaine du péronier.

Lorsque la plaie est nette et bien nettoyée, il ne reste plus qu'à remettre l'avant-pied en place. Il est bien évident que les rapports osseux normaux n'existent plus et il suffit de placer les surfaces osseuses bout à bout, de telle sorte que le pied conserve sa direction et son axe normaux.

Les tendons qui ont été réclinés pendant toute l'opération sont remis en place. Souvent, à ce moment, ils sont mous, flottants et trop longs, mais la tonicité musculaire ne tarde pas à faire sentir son effet et sous les yeux on voit les tendons se rétracter peu à peu.

Si l'on a fait une résection telle que les surfaces osseuses viennent totalement au contact et qu'il n'y ait entre elles aucune cavité, on pourrait tenter une réunion totale. Mais en général ce n'est pas le cas et il existe une cavité plus ou moins grande entre les deux segments du pied. C'est en tout cas ce qui est toujours arrivé dans nos 3 observations. Cette cavité a été dans les 3 cas mollement tamponnée à la gaze iodoformée.

Peut-être pourrait-on appliquer dans cette cavité un plombage articulaire, méthode qui, pour certains auteurs, donne de meilleurs résultats. En tout cas notre maître n'a pas jugé utile de l'employer chez aucun de ses opérés.

Il ne reste plus alors qu'à suturer la peau avec des crins sur les parties latérales de l'incision, tandis

que par la partie moyenne on fait sortir au dehors la mèche iodoformée. Jamais nous n'avons vu faire de suture sur les parties fibreuses ou ligamenteuses du dos du pied. La simple tonicité musculaire et l'immobilisation suffisent à maintenir les os en place.

En effet, une fois le pansement terminé, le membre est immobilisé dans une attelle de Bœckel. Il ne nous semble pas utile d'appliquer immédiatement un appareil plâtré. Ce dernier en effet n'immobiliserait sensiblement pas mieux que l'attelle de Bœckel et, par contre, il ne permettrait pas une surveillance aussi active du pied opéré.

Les pansements seront d'une manière générale aussi peu fréquents que possible, et, s'il n'y a pas de température, il n'y a aucun inconvénient à retarder le premier pansement jusqu'au huitième jour.

Il sera toujours nécessaire d'user d'une asepsie rigoureuse, et l'essentiel sera de remplacer la mèche souillée par une autre mèche de gaz iodoformée. On y ajoutera des attouchements à la teinture d'iode et des lavages à l'eau iodée. Il faudra bien veiller à ce que la plaie se ferme dans la profondeur d'une façon régulière, afin d'éviter la production de clapiers.

Dès que la plaie cutanée sera refermée, on pourra commencer à faire marcher le malade, d'abord avec des béquilles, puis avec une simple canne.

Les trois malades que nous avons pu suivre ont

présenté forcément une déformation du pied résultant des sacrifices osseux, mais tous les trois ont conservé un fonctionnement du membre satisfaisant, permettant la marche sans fatigue appréciable.

DISCUSSION

AVANTAGES DE LA TECHNIQUE
DU PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

Les nombreuses méthodes qui ont été préconisées pour traiter les tuberculoses du tarse antérieur montrent toutes combien il est difficile de guérir cette affection.

Et le fait se comprend facilement pour deux raisons : anatomique et physiologique.

Au point de vue anatomique, il suffit de se rappeler que cette région est située profondément entre deux plans d'organes importants, d'une part la plante du pied, d'autre part les tendons extenseurs des orteils.

Au point de vue physiologique, la marche et les fatigues permettent de comprendre combien les lésions de cette région ont tendance à s'aggraver ou à récidiver après une intervention incomplète.

Il est donc nécessaire, lorsqu'on entreprend le traitement de cette tuberculose, de pratiquer une intervention large qui donne beaucoup de jour et qui permette l'excrèse complète de toutes les lésions,

mais qui en même temps ne compromette pas les mouvements du pied.

Il nous semble que la technique du professeur Ruffel répond à ces différents desiderata et c'est pour quoi nous n'hésitons pas à la préconiser hautement.

Passons tout d'abord en revue les divers organes qu'il faut sacrifier pour aborder l'interligne de Lisfranc.

Les veines sous-cutanées ne nous arrêteront point : ce sont les branches d'origine des saphènes et leur ligature ne présente aucun intérêt.

Il en est de même des branches nerveuses qui les accompagnent : ce sont de simples nerfs sensitifs et s'il survenait un peu d'anesthésie cutanée, ce serait un phénomène sans importance et en tout cas transitoire.

Le muscle pédieux qui doit être sacrifié dans sa totalité présente au point de vue anatomique une variabilité extrême. Il peut être réduit à deux ou trois faisceaux, et même il peut faire complètement défaut (Ledouble). Par conséquent, la suppression d'un muscle que l'on peut considérer comme un organe en voie de régression ne présente pas grand inconvénient.

En outre, au point de vue physiologique, les classiques admettaient que le pédieux inclinait latéralement les premières phalanges vers le petit orteil et « que ce mouvement de latéralité avait pour but de corriger un mouvement de latéralité en sens contraire que produisent les longs extenseurs.

D'après Duchenne, les longs extenseurs produiraient l'extension directe et le pédieux n'aurait pas à intervenir pour modifier leur action » (Poirier). On voit donc que, même au point de vue physiologique, ce muscle n'a pas d'importance.

Le nerf pédieux est un nerf mixte, ses fibres sensibles ne présentent pas grand intérêt et ses fibres motrices vont au muscle pédieux dont nous venons de voir l'inutilité.

Quant aux vaisseaux pédieux, on sait qu'ils présentent de nombreuses anastomoses tant par leurs rameaux que par leur terminaison. Il est donc possible de les lier sans aucun danger.

Tels sont les seuls organes qui soient sacrifiés dans la désarticulation temporaire du professeur Rieffel. Ils sont tous sans intérêt et par conséquent, ainsi que nous le disions au début de ce chapitre, cette opération ne saurait compromettre les mouvements du pied.

Il nous faut maintenant envisager la question des tendons extenseurs. Beaucoup d'auteurs en ont pratiqué la section de parti pris. Presque tous prétendent que leurs malades ont conservé les mouvements du pied normaux. Nous n'oserons dire que nous sommes sceptique, mais on nous permettra cependant de faire un rapprochement.

Tout le monde sait combien est difficile le traitement des sections traumatiques des tendons, tout le monde sait combien nombreux sont les échecs

opératoires et combien rares sont les résultats que l'on peut qualifier d'excellents.

Pourquoi donc obtiendrait-on dans le cas de tuberculose du tarse un résultat toujours bon, alors que l'on opère dans un milieu toujours rempli de bacilles de Koch, et quelquefois infecté par les microbes de la suppuration dans les cas où il existe des fistules ?

De plus, comment expliquer que des sutures tendineuses puissent tenir lorsque l'on doit drainer la plaie et que forcément il y a toujours un peu de suppuration ?

Sans vouloir mettre en doute les résultats obtenus par les autres méthodes, nous nous contenterons de conclure que, pour plus de sécurité, il est préférable de ne point sectionner les tendons extenseurs des orteils.

Mais nous risquons une grosse objection. Les partisans de la section tendineuse vont nous dire qu'en suivant la méthode du professeur Rièffel, nous n'obtenons jamais un jour suffisant qui nous permette une opération complète et rationnellement conduite. Et nous arrivons ainsi à la deuxième condition que doit remplir une bonne opération.

A cette objection nous répondrons en toute conscience que c'est une erreur. Il est possible de mener l'opération à bien et, si quelqu'un veut s'en convaincre, il n'a qu'à essayer la méthode de notre maître ou à le voir opérer lui-même.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Service du professeur agrégé Rieffel, hôpital Saint-Louis.)

Le nommé G. J..., âgé de vingt-huit ans, comptable, est entré dans le service le 15 décembre 1910.

Les antécédents héréditaires ne révèlent absolument rien qui soit intéressant au point de vue de la maladie actuelle.

A l'âge de vingt-trois ans le malade a été atteint d'une blennorrhagie qui a été soignée au moyen de santal et d'injections de permanganate de potasse. Cette affection d'ailleurs est totalement guérie.

En mai 1908 le malade commence à ressentir une douleur assez marquée au niveau de la face externe du cou-de-pied gauche. Cette douleur n'empêche pas le malade de vaquer à ses occupations.

Octobre 1908. — Il fait une chute en descendant de tramway et il se produit une légère torsion du pied gauche en dedans. Néanmoins il peut rentrer chez lui et travaille même le lendemain. Mais le surlendemain le cou-de-pied gauche est le siège de violentes douleurs, toute la région est fortement gonflée et œdématiée. Enfin l'impotence fonctionnelle est complète.

Après quelques frictions au baume tranquille le malade

entre à l'hôpital Parmentier à Lyon. Là, tout au moins d'après ce qu'il raconte, on aurait diagnostiqué une fracture du calcanéum. On appliqua donc une gouttière plâtrée remontant jusqu'à mi-jambe et qui fut maintenue en place pendant trente-trois jours.

Vers la fin de novembre le malade souffre de fièvre, céphalée, etc., et l'on enlève le plâtre.

On découvre alors au-dessous de la malléole externe un trajet fistuleux et sous la malléole interne une tuméfaction peu volumineuse, mais rougeâtre.

Après radiographie une intervention fut décidée : ce fut vraisemblablement un simple curettage avec drainage et immobilisation dans un appareil plâtré.

La malade fut ainsi pansé pendant dix-huit mois et il sortit de l'hôpital Parmentier le 15 mars 1910.

Il n'était pas guéri puisqu'il resta chez lui deux mois et demi au repos. L'impotence fonctionnelle est devenue presque totale et le malade ne peut marcher qu'en appuyant sur le talon.

Il entre alors de nouveau à l'hôpital de Lyon. On fait une nouvelle intervention suivie d'un drainage et d'une gouttière plâtrée.

On pratique de temps en temps des injections d'éther iodoformé et la gouttière est maintenue en place jusqu'en octobre.

Le malade quitte Lyon et vient à Paris. Il se fait hospitaliser à l'hôpital Saint-Louis le 15 décembre 1910.

L'examen fonctionnel et physique des divers organes est absolument négatif. Il n'existe pas de symptômes de tuberculose pulmonaire, les urines sont normales.

Toutes les lésions sont localisées au pied gauche.

L'impotence fonctionnelle est complète. Les mouvements de flexion et d'extension des orteils sont impossibles. L'articulation tibio-tarsienne elle-même ne permet aucun mouvement. En effet, il n'existe pas de mouvement de latéralité et l'extension est encore plus limitée que la flexion.

A l'inspection on remarque que le dos du pied gauche est très raccourci. Il existe en même temps une légère exagération de la concavité du tendon d'Achille.

Le pied est à angle droit sur la jambe, mais il existe un léger degré de varus.

De chaque côté de l'articulation tibio-tarsienne, au-dessous des malléoles, on aperçoit une ulcération de 1 centimètre environ. Cette ulcération présente en son centre une série d'orifices par où s'écoule un pus abondant, visqueux et inodore. On aperçoit enfin les cicatrices de toutes les interventions antérieures.

Les muscles de la jambe et de la cuisse gauche sont considérablement atrophiés.

La région du triangle de Scarpa gauche est le siège d'une adénopathie assez considérable : ce sont des ganglions durs, mobiles et indolores.

Au repos les douleurs sont peu marquées, ce sont plutôt, au dire du malade, des fourmillements.

Pendant la marche les douleurs sont très marquées et localisées sur tout le dos du pied.

C'est encore sur le dos du pied que la palpation révèle le maximum de douleur.

Déjà à l'époque de l'entrée à l'hôpital Saint-Louis, il existe un peu de fièvre le soir.

On a dû pratiquer dès ce moment une radiographie, mais nous n'en avons point trouvé de traces.

Le malade est soigné par le repos au lit et des pansements humides et envoyé à Vincennes en convalescence.

4 mars 1911. — Il entre de nouveau dans le service et dans le même état au point de vue local. Mais en plus il présente de la température.

On commence par lui mettre des pansements humides et quelques jours après on fait une injection de pâte de Beck suivie de radiographie. Nous n'avons pas pu retrouver cette radiographie.

Les deux orifices fistuleux communiquent par un trajet irrégulier. On décide de pratiquer une désarticulation temporaire le 1^{er} avril 1911

Opération. — On fait sur le dos du pied une grande incision curviligne s'étendant jusqu'au niveau des ulcérations.

Les plans superficiels sont sectionnés jusqu'aux tendons et l'hémostase pratiquée immédiatement.

On dégage les tendons extenseurs et on les récline.

L'extenseur du pouce en dedans.

Les autres extenseurs en dehors.

Le muscle pédieux est sectionné, les vaisseaux pédieux sont liés et sectionnés.

On arrive ainsi sur le foyer tuberculeux et il est très difficile de reconnaître exactement les divers interlignes articulaires, d'une part à cause des opérations antérieures, d'autre part à cause de l'étendue des lésions.

Une grande partie des os très friables est enlevée à la curette et on luxe l'avant-pied en bas.

Puis, au maillet et au ciseau, on enlève tout ce qui reste des

os du tarse antérieur. Cette résection osseuse s'étend jusqu'aux ligaments de la plante du pied, mais les lésions ne semblent pas dépasser ces ligaments.

La base des métatarsiens est saine et laissée en place.

Une fois le foyer tuberculeux bien détergé, l'avant-pied est remis en place et la cavité mollement tamponnée à la gaze iodoformée.

La peau est suturée avec des crins sur les parties latérales, la mèche sort au dehors à la partie moyenne.

Le 3 avril, la mèche est enlevée et remplacée par deux autres moins longues.

Puis, tous les deux jours, le malade est régulièrement pansé et les mèches changées.

Le quinzième jour, les crins sont enlevés et la partie suturée est bien réunie.

Pendant les premières semaines, la cicatrisation semble se faire rapidement et régulièrement. Mais bientôt le travail de réparation se ralentit et il faut attendre jusqu'au mois de novembre pour assister à la cicatrisation complète.

Dès lors le malade commence à se lever et à marcher progressivement. Il sort du service le 18 janvier 1911.

Notre maître a eu l'occasion de voir ce malade depuis cette date et il a constaté les bons résultats de son opération. Les douleurs sont disparues complètement ; la marche est, sinon normale, tout au moins satisfaisante et permet au malade de vaquer à ses occupations.

La cicatrisation peut paraître un peu longue, mais il faut bien tenir compte de l'étendue des lésions et des gros sacrifices osseux qu'il a fallu faire. Le gros point à retenir, c'est

qu'il existe après l'opération un fonctionnement du membre inférieur très satisfaisant.

OBSERVATION II (Inédite)

Service du professeur agrégé Rieffel (Hôpital Saint-Louis.)

Le nommé E. H..., âgé de quarante-huit ans, menuisier, est entré dans le service le 22 mai 1912.

Nous ne relevons dans ses antécédents héréditaires rien d'intéressant. En effet, son père est mort d'accident, noyé, et sa mère aurait été atteinte d'une maladie d'estomac de nature indéterminée.

Le malade a un frère bien portant et sa sœur est morte subitement.

Marié a une femme qui jouit d'une bonne santé, il n'a eu qu'un garçon âgé à l'heure actuelle de vingt-deux ans, toujours bien portant.

Pendant cinq ans, le malade a séjourné en Algérie et pendant la dernière année de ce séjour il a eu une attaque de fièvre paludéenne. De retour en France et pendant trois ou quatre ans, il a conservé quelques petits accès de paludisme.

En novembre 1909, le malade a été soigné pour une pleurésie gauche. Il n'a pas été nécessaire de pratiquer de thoracentèse et l'application de vésicatoires et de pointes de feu à amené la guérison au bout d'un mois environ.

Le début de l'affection actuelle remonte en mars 1911. C'est tout d'abord une douleur localisée sur le bord externe et sur la face dorsale du pied droit qui attira l'attention du malade. Puis il apparut un peu de gonflement à ce niveau et le malade avait une certaine difficulté à poser le pied à terre.

Il fut opéré peu après par le professeur agrégé Rieffel qui fit simplement un curettage du cuboïde.

Après cette opération, le pied et la jambe furent immobilisés pendant un mois dans un appareil plâtré.

Après une autre période de un mois, pendant laquelle le malade s'est reposé, il a pu reprendre son travail.

Mais dans le courant du mois de mars 1912, le malade se remet à boiter de nouveau et le 20 avril il est obligé de cesser son travail.

En effet, la boiterie s'est accentuée et le malade ne peut poser le pied à terre sans souffrir. Il reste au lit quelque temps et se décide à entrer à l'hôpital le 22 mai.

L'examen fonctionnel et physique des différents organes ne révèle rien de pathologique. En particulier, l'auscultation ne décèle aucune lésion bacillaire. L'examen des urines pratiqué dès l'entrée à l'hôpital a montré qu'il n'y avait ni sucre ni albumine.

L'examen du rachis révèle une légère scoliose à convexité gauche, simple déviation due à la douleur.

Le membre inférieur droit, cuisse et jambe, est absolument normal, et on ne trouve aucun ganglion ni dans le triangle de Scarpa ni dans le creux poplité.

L'articulation libro-tarsienne présente tous ses mouvements d'amplitude normale et absolument indolores.

L'avant-pied dans son ensemble est légèrement dévié en dehors.

Si la face plantaire est normale, il n'en est pas de même de la face dorsale. En effet, celle-ci est tuméfiée: d'une part, dans toute sa largeur, et d'autre part, dans le sens antéro-postérieur à sa partie moyenne.

Pendant le repos au lit, les douleurs spontanées sont peu marquées. Au contraire, pendant la marche toute la partie moyenne de la plante du pied et la partie interne de la face dorsale sont très douloureuses.

Il en résulte une boiterie assez prononcée, le malade ne peut marcher qu'avec une canne et c'est là sans doute l'origine de la scoliose signalée plus haut.

La palpation méthodique et répétée de tout le squelette du pied réveille une douleur très nette et fixe au niveau des trois canéiformes, du cuboïde et de la base des cinq métatarsiens.

D'ailleurs on retrouve tous ces points douloureux lorsqu'on essaie de mobiliser le squelette.

La radiographie localise les lésions sur ces différents os.

Nulle part on ne trouve trace d'abcès.

En présence de ces lésions et de l'échec du traitement antérieur on se décide à pratiquer une désarticulation temporaire le 29 mai 1912.

Opération. — Au lieu d'élection, on fait l'incision dorsale du Lisfranc, mais on la prolonge plus en arrière aussi bien en dehors qu'en dedans, de telle sorte qu'elle se termine à environ 2 centimètres de la base des premier et cinquième métatarsiens.

Les plans superficiels sont sectionnés jusqu'aux tendons, l'hémostase des veines superficielles est pratiquée immédiatement.

Les tendons extenseurs sont dégagés de leurs gaines et rejetés.

L'extenseur du pouce en dedans.

Les extenseurs des autres orteils en dehors.

Déjà, à ce niveau sur le bord interne du pédieux, on trouve du tissu fongueux.

Les vaisseaux pédieux sont liés et sectionnés, le muscle pédieux est également sectionné.



PLANCHE I

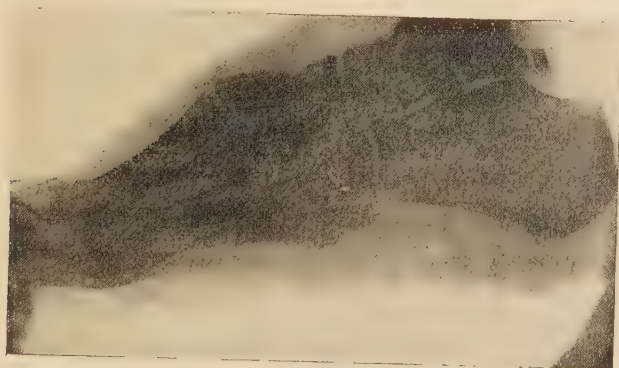


PLANCHE II

Au bistouri l'interligne de Lisfranc est ouvert et l'avant-pied est luxé en bas.

Le premier cunéiforme et le métatarsien du gros orteil sont à peu près sains, sauf les surfaces articulaires.

Aussi on resèque les deux cartilages articulaires cunéiforme et métatarsien pour faire une sorte d'arthrodèse.

Au ciseau et au maillet, on pratique la résection de la base des autres métatarsiens. Les deux autres cunéiformes sont enlevés ainsi que le cuboïde. De ce dernier, d'ailleurs, il ne reste que des vestiges puisqu'il a été enlevé en grande partie au cours de la première opération.

Tous les tissus fongueux des parties molles sont abrasés au ciseau.

L'opération a conduit du côté de la face plantaire jusqu'au niveau des ligaments inférieurs, mais il n'existe pas de lésions tuberculeuses dépassant ces ligaments.

Toutes les fongosités ont donc été enlevées, la plaie est propre et nette.

Il ne reste plus qu'à remettre l'avant-pied en place, le premier cunéiforme et le métatarsien du gros orteil sont placés bout à bout.

La large cavité résultant de la résection osseuse est mollement tamponnée a la gaze iodoformée.

La peau est suturée avec des crins, sauf au niveau de la partie moyenne de la plaie par où l'on fait sortir la mèche.

On ne juge pas utile la mise en place d'un drainage plantaire et le membre inférieur est immobilisé dans une attelle de Bœckel.

2 juin. — On retire la mèche et on la remplace par une autre.

12 juin. — Même pansement.

16 juin. — Le pansement est légèrement taché d'un peu de sérosité, mais il n'y a pas une goutte de pus. La mèche est définitivement enlevée et l'attelle de Bœckel supprimée.

24 juin. — La plaie est fermée dans la profondeur ; il

n'existe que quelques bourgeons charnus qui sont brûlés au nitrate d'argent.

4 juillet. — La plaie est complètement cicatrisée.

12 juillet. — Le malade sort de l'hôpital. Il se plaint encore d'un peu de douleur à la marche et d'un léger œdème de l'avant-pied. Mais il faut bien dire qu'il n'y a que huit jours que le malade se lève.

Un mois plus tard, nous avons eu l'occasion de revoir ce malade dans le service et ces symptômes se sont nettement améliorés.

Enfin, M. le professeur agrégé Rieffel, qui a eu récemment des nouvelles de son opéré, nous a annoncé qu'il marchait bien et qu'il ne souffrait plus du tout.

Nous reproduisons ci-dessus les deux radiographies de face et de profil qui montrent l'étendue des lésions tuberculeuses (Planches I et II).

OBSERVATION III (Inédite)

Service du professeur agrégé Rieffel (hôpital Saint-Louis).

Le nommé P. G..., âgé de trente-quatre ans, forgeron, est entré dans le service le 5 novembre 1912.

Ses parents sont encore vivants et bien portants ; il en est de même de ses frères et sœurs.

Quant à lui, il a toujours joui d'une bonne santé.

18 mai 1911. — Le malade a reçu sur la face dorsale du pied droit un coup de pied de cheval.

Ce traumatisme n'a pas été suivi de plaie, mais le pied a présenté un gros œdème.

Le malade s'est traité lui-même par des pansements

humides et au bout de quinze jours on voit apparaître un abcès gros comme une noix siégeant vers le milieu de la face dorsale du pied droit.

Cet abcès est incisé et cautérisé au thermo-cautère. La suppuration assez abondante persiste pendant trois mois environ.

Le malade reprend son travail, mais lors des efforts ou après une marche assez longue, il ressent une douleur sourde au niveau de son pied.

Les choses restent dans cet état jusqu'au 25 septembre 1912.

A cette date et pendant la nuit, le malade ressent brusquement une douleur très vive au niveau du tarse.

Cette douleur dure pendant deux heures environ et le lendemain le malade entre à l'hôpital.

A l'examen le pied est simplement gonflé, un peu rouge et douloureux en un point au niveau du bord interne du pied, en regard de l'articulation tarso-métatarsienne.

A la radiographie on trouve une fracture du deuxième métatarsien.

Le malade est renvoyé chez lui sans traitement, dit-il, et prend des bains tous les jours.

Malgré ce traitement le malade n'a aucune amélioration dans son état et même il présente le soir de vives douleurs.

Il entre à l'hôpital le 5 novembre 1912.

L'examen général du malade ne révèle rien de pathologique, il n'y a pas de symptômes de tuberculose pulmonaire, il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

Toutes les lésions sont localisées au niveau du pied droit.

L'articulation tibio-tarsienne est saine et présente tous ses mouvements.

La face dorsale du pied est légèrement tuméfiée dans toute sa largeur et à sa partie moyenne avec prédominance du côté du premier espace intermétatarsien.

La voûte plantaire est normale.

Au repos les douleurs sont peu marquées dans la journée, mais le soir et la nuit il se produit de violents élancements dans tout le pied.

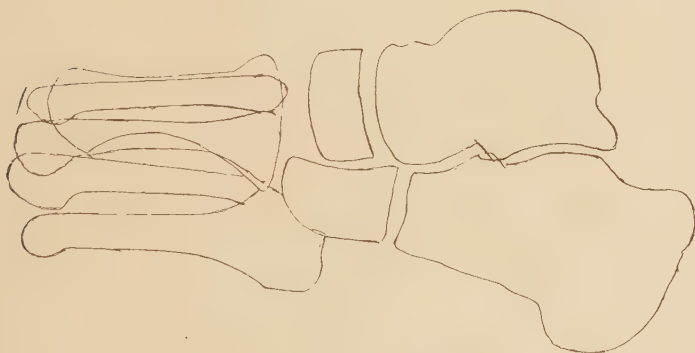


PLANCHE III

Ces douleurs sont réveillées pendant la marche et il en résulte une boiterie assez marquée.

Par la palpation on réveille une douleur vive et fixe dans la région des trois cunéiformes et du cuboïde.

Il n'existe pas trace d'abcès.

Le malade est mis au repos et immobilisé dans une gouttière plâtrée pendant un mois.

Au bout de ce temps on enlève le plâtre et l'on découvre un abcès du volume d'une noix siégeant vers le milieu du premier espace intermétatarsien.

Cet abcès nettement fluctuant sans réaction inflammatoire et indolore s'abcède spontanément.

Bien que les pansements soient faits régulièrement la suppuration continue et il s'écoule un pus épais, blanc, jaunâtre, grumeleux et inodore.

La radiographie révèle des lésions des trois cunéiformes et du cuboïde.

Le Dr Rieffel décide de pratiquer une désarticulation temporaire le 22 janvier 1913.

Opération. — Au lieu d'élection on fait l'incision dorsale du Lisfranc, incision qui est prolongée en arrière jusqu'à environ 2 centimètres de la base des premier et cinquième métatarsiens.

Les plans superficiels sectionnés et l'hémostase faite on arrive sur les tendons qui sont respectés.

Une fois dégagés ces tendons sont rejetés :

L'extenseur du pouce en dedans ;

Les extenseurs des autres orteils en dehors.

Le muscle pédieux est sectionné, les vaisseaux pédieux sont liés et sectionnés.

Au bistouri on ouvre l'interligne de Lisfranc et on luxe l'avant-pied en bas.

Les lésions tuberculeuses prédominent sur les trois cunéiformes et le cuboïde.

Le foyer de fongosité principal s'enfonce sous le paquet des extenseurs communs entre les articulations intercunéennes.

Au ciseau et au maillet on résèque les trois cunéiformes et une partie du cuboïde. Le nettoyage de la plaie est terminé à la curette.

Là encore les lésions s'étendent jusqu'aux ligaments de la plante du pied, mais ne les dépassent pas.

L'avant-pied est remis en place et on pratique un tamponnement léger à la gaze iodoformée.

Cette mèche sort par la partie moyenne de la plaie et les parties latérales sont suturées au crin.

Le membre est immobilisé dans une attelle de Bœckel.

Le malade est pansé régulièrement, les mèches changées et renouvelées.

28 février. — On place par mesure de précaution un appareil plâtré.

Le pied gonfle légèrement et le 6 mars une petite fistulette s'ouvre un peu au-dessus de la plaie, vers la ligne médiane du dos du pied.

Dans cet orifice le stylet pénètre de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres environ, mais cette exploration est absolument indolore.

Les pansements sont faits tous les deux jours, en particulier avec de la teinture d'iode.

On arrive ainsi à fermer ce trajet, mais le 10 mars une autre fistulette s'ouvre au niveau de la plaie. Cette fois le trajet est superficiel et la suppuration moins abondante.

Néanmoins les choses traînent un peu en longueur et pour hâter la cicatrisation on fait une séance de radiothérapie.

Au bout de huit jours la plaie est complètement fermée. Dès lors le malade commence à se lever et le 10 mai 1912 il sort de l'hôpital

Déjà à cette date, le malade marche bien sans douleur appréciable et sans grande fatigue. Bien qu'il n'y ait pas très

longtemps encore, on peut donc considérer la terminaison comme favorable.

Nous donnons ci-dessus un schéma de la radiographie qui a été pratiquée après l'opération. On y voit la nouvelle disposition du squelette et les sacrifices osseux qu'il a fallu faire (pl. III).



CONCLUSIONS

1° Chez l'adulte, la tuberculose du tarse antérieur présente une certaine gravité.

Dès le début, si le repos, l'immobilisation et la révulsion ne donnent pas une amélioration sensible, il faut intervenir chirurgicalement.

A plus forte raison, l'opération est-elle indiquée lorsque les fongosités commencent à apparaître.

Il ne faut point attendre l'apparition des fistules ;

2° Le simple curettage est une opération qui, le plus souvent, ne donne que des déboires chez l'adulte et qu'il vaudrait mieux ne point employer ;

3° Les diverses méthodes de résection employées jusqu'alors sont passibles d'un certain nombre de reproches :

Les unes ne donnent point un jour suffisant.

Les autres sacrifient trop d'organes importants.

4° La méthode préconisée par le professeur agrégé Rieffel répond à ces divers desiderata.

Elle donne un jour largement suffisant pour explorer tout l'interligne articulaire et pour faire toutes les résections osseuses nécessaires.

Elle ne sacrifie point d'organes importants. En effet, on ne peut considérer comme tels ni les vaisseaux et

nerfs superficiels, ni le muscle pédieux, ni les vaisseaux et nerfs pédieux.

Mais, par contre, elle respecte tous les tendons extenseurs des orteils, ainsi que le jambier antérieur et le péronier antérieur.

Ces organes simplement écartés pendant l'opération reprennent naturellement leur place une fois l'intervention terminée.

Enfin le résultat physique et fonctionnel a toujours été largement suffisant, et les malades traités par cette méthode ont récupéré une marche à peu près normale.

Vu : le Président de la thèse,

POZZI

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BARDENHEUER. — Mitteilungen aus dem Kœlner Biergerspital, 1886, in Centralblatt für Chir., 1887, p. 506.
- KOCHER. — Chirurg. operations lehre.
- KUMMER. — Étude comparative de la résection du tarse post. et de l'opération de Wladimorif Mickulicz (Revue de Chirurgie, 1891).
- DUPOND. — Thèse de Lyon, 1894-1895.
- VUILLIET. — De l'incision dorsale transverse dans les résections étendues tarso-métatarsiennes (Annales provinciales de Chirurgie, 1897).
- FIORI. — Tarsectomia quasi totale et resezione dei metatarsi per tuberculosi osseo articolare, 1901.
- OLLIER. — Traité des résections.
- FARABEUF. — Manuel de médecine opératoire.
- ANDRIEU. — Thèse de Paris, 1905.
- DELBET. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1906.
— Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet et Duplay-Reclus.
- VALLAS. — Bulletin de Société de Chirurgie de Lyon, 1909.
- PATEL. — Bulletin de Société de Chirurgie de Lyon, 1909.
- VIGNARD. — Revue de Chirurgie, 1910.
- BÉRARD. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, 1910.
- LERICHE et COTTE. — Bull. de la Société de Chirurgie de Lyon, 1911.

BÉRARD. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon,
1911.

HALLOPEAU. — Les Désarticulations temporaires dans le traitement des tuberculoses du pied, 1913.

CHAPUT. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris,
février 1913.

